



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

FACULDADE
DE
MEDICINA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

CARLOTA DE MOURA ANJINHO MARQUES DOS CARVALHOS

***Stress e burnout nos médicos de família: auto-conhecimento
como estratégia de prevenção - estudo piloto de ensaio clínico***

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROFESSORA DOUTORA INÊS ROSENDO CARVALHO E SILVA CAETANO

PROFESSORA DOUTORA LILIANA RUTE ANTONIO CONSTANTINO

MAIO/2020

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO
DO GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

***Stress e burnout* nos médicos de família: auto-conhecimento como estratégia
de prevenção – estudo piloto de ensaio clínico**

*Stress and burnout in general practitioners: self-knowledge as a prevention strategy– pilot study of a
clinical trial*

Autores:

Carlota de Moura Anjinho Marques dos Carvalhos,

Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano^{1,2},

Liliana Rute António Constantino^{1,3}

1 Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

2 Unidade de Saúde Familiar Coimbra Centro, Portugal

3 Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Anadia I, Portugal

E-mail: carlota.carvalhos@hotmail.com

ÍNDICE

RESUMO	3
ABSTRACT	6
INTRODUÇÃO	9
MATERIAIS E MÉTODOS	11
Desenho do estudo.....	11
Seleccção dos participantes.....	11
Recolha de dados	12
Análise de dados	15
RESULTADOS	16
Análise Descritiva.....	16
Análise Inferencial	16
Análise Qualitativa.....	18
DISCUSSÃO	20
Principais Resultados	20
<i>Burnout</i>	21
Autorreflexão e <i>Insight</i>	21
Pontos Fortes.....	21
Limitações.....	22
Sugestões	23
CONCLUSÃO	25
AGRADECIMENTOS.....	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
ANEXOS.....	30
Anexo I: Questionário.....	30
Anexo II: Autorizações para a utilização das escalas	40
Anexo III: Consentimento informado.....	42

RESUMO

Introdução: Nos últimos anos têm se registado níveis de stress e *burnout* crescentes nos médicos, em especial nos médicos de família, interferindo negativamente na sua qualidade de vida e na qualidade dos serviços prestados à população. Alguns estudos têm surgido com o objectivo de actuar sobre este problema, visando a prevenção. Neste estudo tentámos perceber a exequibilidade de uma intervenção baseada no auto-conhecimento, com recurso ao Eneagrama de Personalidades, e a mensurabilidade do seu impacto nos níveis de stress e *burnout* nos médicos de família em Portugal. Investigámos, secundariamente, o impacto desta intervenção na autorreflexão e *insight*.

Métodos: Neste estudo piloto de ensaio clínico controlado, aplicámos a uma amostra de 10 médicos de Medicina Geral e Familiar, antes e após a realização de uma intervenção, um questionário online com 4 escalas: Qualidade de Vida Percepcionada (EQ-VAS), Stress Percepcionado (PSS), *Burnout* (MBI-HSS) e Autorreflexão e *Insight* (SRIS) e uma pergunta aberta acerca do impacto individual da intervenção. O grupo de intervenção constituído por 5 voluntários, realizou um curso de auto-conhecimento e comunicação com recurso ao Eneagrama de Personalidades. O grupo de controlo foi seleccionado através do emparelhamento de variáveis sócio-demográficas com o grupo de intervenção. Os dados obtidos foram submetidos a análise estatística descritiva, qualitativa e inferencial através dos testes de Wilcoxon e Mann-Whitney.

Resultados: Todos os 5 participantes do grupo de controlo demonstraram níveis de stress mais elevados e um decréscimo na qualidade de vida percebida estatisticamente significativos ($p=0,042$, $p=0,042$), apesar de ambos os grupos terem sofrido uma tendência de agravamento nestes indicadores. Na escala de *burnout* verificamos uma diminuição não significativa dos *scores* em todas as subescalas, nos dois grupos. Não registamos diferenças significativas nas pontuações de autorreflexão e *insight*. Na pergunta aberta, os participantes referiram que o Eneagrama das Personalidades constituiu uma ferramenta importante que proporcionou efeitos muito positivos a nível de crescimento pessoal e na comunicação e interacção com família e utentes. Não verificámos diferenças estatisticamente significativas na comparação dos grupos de intervenção e controlo.

Discussão: A recolha dos dados após a intervenção coincidiu com o início da pandemia do Corona Vírus. Pensamos que este acontecimento tenha influenciado as variáveis em estudo e tenha condicionado níveis de stress mais elevados assim como um decréscimo na qualidade de vida. Apesar do tamanho reduzido da amostra deste estudo, foi possível constatar que a intervenção teve um efeito aparentemente protector no grupo de intervenção nestas duas variáveis e qualitativamente impactos positivos na vida pessoal, interpessoal e laboral dos voluntários. Quanto às restantes variáveis, o presente estudo não conseguiu demonstrar relação com a intervenção, mas sendo um estudo piloto com uma amostra reduzida, tal seria de esperar. Sugerimos uma reavaliação dentro de

alguns meses, a realização de ensaios clínicos com amostras mais representativas e um aperfeiçoamento dos questionários.

Conclusão: A intervenção no auto-conhecimento demonstrou um efeito protector nos níveis de stress e na qualidade de vida dos médicos de família sujeitos a um evento altamente stressante coincidente com a reavaliação após a intervenção. Apurámos ainda que uma formação baseada no Eneagrama de Personalidades constitui um instrumento útil, com aparentes implicações positivas na vida pessoal, familiar e laboral.

PALAVRAS-CHAVE: “auto-conhecimento”, “autorreflexão”, “*burnout*”, “Eneagrama de Personalidades”, “*insight*”, “médicos de família”, “prevenção”, “qualidade de vida”, “stress”.

ABSTRACT

Introduction: In the last years, rising levels of stress and burnout have been registered in general practitioners, negatively interfering in their quality of life and the quality of the health care given to the population. Some studies have appeared intending to act on this problem, aiming at prevention. In this study we tried to understand the feasibility of an intervention based on self-knowledge, using the Personalities Enneagram, and the measurability of its impact on the levels of stress and burnout in general practitioners in Portugal. We investigated secondarily, the impact of this intervention in self-reflection and insight.

Methods: In this pilot study of a clinical trial, we applied a sample of 10 general practitioners, before and after an intervention, an online questionnaire with 4 scales: Perceived Quality of Life (EQ-VAS), Perceived Stress (PSS), Burnout (MBI-HSS) and Self-reflection and Insight (SRIS) and an open question about the individual impact of the intervention. The intervention group made up of 5 volunteers, completed a self-knowledge and communication course using the Enneagram of Personalities. The control group was selected by pairing socio-demographic variables with the intervention group. The obtained data were submitted to descriptive, qualitative, and inferential statistical analysis using Wilcoxon and Mann-Whitney tests.

Results: All 5 participants in the control group showed higher levels of stress and a statistically significant decrease in perceived quality of life ($p=0,042$, $p=0,042$), although both groups suffered a worsening trend in these indicators. In the burnout scale we verified a non-significant decrease in all the scores of the subscales in both groups. We did not register significant differences in the self-reflection and insight scores. In the open question, the participants mentioned that the Enneagram of Personalities was an important tool that provided very positive effects in terms of personal growth and communication and interaction with family and patients. We did not find any statistical differences when comparing the intervention and control groups.

Discussion: Data collection after the intervention coincided with the beginning of the Coronavirus pandemic. We believe that that this event has influenced the variables under study and has conditioned higher levels of stress, as well as a decrease in quality of life. Despite the small sample size of this study, it was possible to verify that the intervention had an apparently protective effect on the intervention group in these two variables and qualitatively positive impacts on the personal, interpersonal, and work-life of the volunteers. As for the remaining variables, the present study was unable to demonstrate a relationship with the intervention, but being a pilot study with a small sample, this would be expected. We suggest a reassessment within a few months, conducting clinical trials with more representative samples and improving the questionnaires.

Conclusion: The intervention in self-knowledge demonstrated a protective effect on the stress levels and quality of life among general practitioners subjected to a highly stressful event coinciding with the

reassessment after the intervention. We also found that training based on the Enneagram of Personalities is a useful tool, with apparent positive implications for personal, family, and work-life.

KEYWORDS: “self-knowledge”, “self-reflection”, “burnout”, “Enneagram of Personalities”, “insight”, “general practitioners”, “prevention”, “quality of life”, “stress”.

INTRODUÇÃO

O stress é uma reacção física e psicológica às crescentes demandas da vida. Até um certo grau, o stress é uma parte normal do trabalho de um médico de Medicina Geral e Familiar. Este pode constituir uma motivação para alguns indivíduos, mas a partir de um certo nível e duração, desperta sentimentos de medo, incompetência, culpa e raiva e pode estar associado a múltiplas comorbilidades. ⁽¹⁻³⁾

O termo “*burnout*” foi proposto na década de 70 como um estado de exaustão mental e física, causado pela vida profissional. ⁽⁴⁾ Consiste em 3 dimensões nucleares propostas por Maslach: exaustão, despersonalização e reduzida realização profissional. ^(5,6)

De acordo com um estudo realizado em 2017 pela Universidade de Lisboa, 66% dos médicos demonstraram um nível elevado de exaustão emocional, 39% apresentaram um nível elevado de despersonalização dos doentes e 30% revelaram um índice elevado de diminuição da realização profissional. Para além disso, 7% apresentam níveis elevados nos três indicadores de *burnout* referidos. ⁽⁷⁾ É estimado que aproximadamente 50% dos médicos experienciem *burnout* nalgum ponto das suas carreiras, contribuindo assim para a sua classificação como uma crise de saúde pública. ⁽⁸⁾ Tem sido demonstrado que os médicos de família, por se encontrarem na primeira linha de cuidados médicos, apresentam um risco de stress e *burnout* superior em relação a médicos de outras especialidades. ⁽⁹⁾ Contribui para este facto que o trabalho de um médico de medicina geral e familiar é altamente exigente ⁽¹⁰⁾: implica o fornecimento de uma continuidade de cuidados de alta qualidade a um amplo espectro de pacientes, enquanto actuando, frequentemente, sob constrangimentos temporais significativos. ⁽¹¹⁾

A síndrome de *burnout* tem um impacto significativo no médico ⁽¹²⁾ afectando a sua qualidade de vida (QV). A qualidade de vida é definida como uma percepção do indivíduo da sua posição na vida, do contexto da cultural e do sistema de valores em que está inserido, o que também envolve seus objectivos, perspectivas, padrões e preocupações. ⁽¹³⁾ As consequências incluem uma crescente insatisfação profissional, ⁽¹⁴⁾ um aumento de erros médicos ⁽¹⁵⁾ e um risco aumentado de desenvolvimento de psicopatologias. ⁽¹⁶⁾ Igualmente importante observar que o *burnout* em médicos também tem um impacto nos doentes conduzindo a uma diminuição da empatia percebida, ⁽¹⁷⁾ diminuição da satisfação em relação aos serviços prestados, ⁽¹⁴⁾ e diminuição da adesão aos cuidados de saúde. ⁽¹⁸⁾ Assim, o bem-estar dos médicos de família é importante não só para o funcionamento do sistema de saúde em geral, mas também para os próprios médicos, as suas famílias, o exercício dos actos médicos ⁽¹⁹⁾ e as organizações em que se realiza a actividade médica. ⁽⁷⁾

Tendo como objectivo minimizar este problema na classe médica foram realizados diversos estudos que concluíram que estratégias baseadas em auto-conhecimento, gestão de stress e discussão em pequenos grupos demonstram eficácia na redução dos indicadores de *burnout*.^(20,21) O auto-conhecimento envolve conhecer-se a si mesmo ao estar ciente das próprias emoções.⁽²²⁾ Este conhecimento constitui uma ferramenta para gerir as reacções emocionais face a situações de stress.⁽²⁰⁾

Outros estudos também apontam a relação entre diversos traços de personalidade e a incidência de *burnout*, assim como a importância da modulação desses traços como estratégia de prevenção.^(18,23) Acredita-se que a personalidade seja composta por características inatas que determinam os padrões de pensamentos, sentimentos e comportamentos que influenciam a interacção interpessoal.⁽²⁴⁾

O Eneagrama de Personalidades é uma conhecida ferramenta psicológica com nove tipos de personalidade que inclui caminhos para o desenvolvimento ao longo da vida. Constitui um guia para personalidades específicas e seus pontos fortes, limitações e crenças fundamentais.⁽²⁵⁾ Também é conhecido como uma das mais completas ferramentas para aumentar o auto-conhecimento.⁽²⁶⁾ O objectivo do Eneagrama é auxiliar as pessoas a entender o mecanismo envolvido na sua personalidade, para ajudá-las a tornarem-se conscientes, facilitando a minimização das suas limitações e impactos negativos a elas associados.⁽²⁷⁾ Este instrumento poderá ser importante para a redução do stress, prevenção do *burnout* e melhoria da qualidade de vida, mas ainda poucos estudos foram feitos neste sentido.

Em Portugal, apesar de existir uma sensibilização crescente para o aumento do stress e *burnout* na classe médica, há poucas intervenções direccionadas à prevenção do problema.⁽²⁸⁾ Existem estudos feitos no sentido de tentar entender o papel protector do auto-conhecimento contra o *burnout* em estudantes de medicina,⁽²⁹⁾ mas não na população de médicos de família, onde se regista uma crescente taxa dos níveis de stress e *burnout*.⁽³⁰⁾

O objectivo deste trabalho é fazer um estudo exploratório, como preparação de um ensaio clínico mais alargado, para perceber se a formação em auto-conhecimento, com reflexão de cada pessoa sobre a sua personalidade e caminhos de desenvolvimento pessoal, contribui para a prevenção de *burnout*, diminuição de níveis de stress e para um aumento da qualidade de vida, em médicos de família. Como objectivos secundários vai investigar-se o seu impacto na autorreflexão e *insight* dos mesmos.

MATERIAIS E MÉTODOS

Desenho do estudo

Este trabalho trata de um estudo piloto de um ensaio clínico longitudinal de intervenção controlado.

Seleccção dos participantes

Para proceder ao recrutamento de participantes, foi feita uma divulgação *online* através das *mailing lists* locais e através dos agrupamentos de centros de saúde do Baixo Mondego e Baixo Vouga, por e-mail. Os interessados inscreveram-se num formulário do *Google Forms*, onde encontravam detalhadas as condições de participação no estudo. Foi definido como critério único de inclusão ser médico especialista ou interno da especialidade de Medicina Geral e Familiar em Portugal.

Após o período de recrutamento, com 6 inscritos, todos cumprindo os critérios de inclusão, 5 puderam compareceram às três sessões do curso, formando o grupo de intervenção. O grupo controlo foi recrutado após a definição do grupo de intervenção, de forma a emparelhar as variáveis idade, sexo, grau de formação, com o grupo de intervenção. Previamente ao início do curso, todos os participantes assinaram o consentimento informado.

O curso de auto-conhecimento e comunicação foi criado para propósitos deste ensaio e leccionado por profissionais com formação certificada na área e consistiu em proporcionar aos voluntários mecanismos de auto-conhecimento usando o Eneagrama de Personalidades como ferramenta.

Foram realizadas três sessões, a primeira em Dezembro de 2019, a segunda em Fevereiro de 2020 e a terceira em Março de 2020, espaçadas no tempo de modo a permitir aos participantes a consolidação do conhecimento. A primeira consistiu numa introdução teórica ao Eneagrama de Personalidades, como ferramenta de auto-conhecimento (10 horas). Na segunda sessão, os participantes aplicaram os conhecimentos adquiridos em estratégias de desenvolvimento pessoal e prevenção do stress e *burnout*, associados a um melhor conhecimento da sua personalidade, reacções e forma de estar (10 horas). Finalmente, na terceira sessão, os participantes foram confrontados com situações práticas de interacção e comunicação com pacientes, aplicando os conhecimentos adquiridos anteriormente (6 horas).

Recolha de dados

A recolha dos dados foi realizada através do preenchimento de um questionário no Google Forms com cerca de 15 minutos de duração. Esta colheita processou-se em dois momentos: o grupo de intervenção realizou o questionário pela primeira vez imediatamente antes do início da primeira sessão do curso (fase 1), tendo-o repetido posteriormente após a conclusão da terceira sessão (fase 2). O grupo de controlo foi igualmente submetido ao questionário por duas vezes, antes da intervenção e após esta.

O questionário aplicado aos participantes dividiu-se em três partes. A primeira codificando cada voluntário para posterior comparação de dados, através das duas últimas letras do último nome e dos dois primeiros dígitos do número do cartão de cidadão, garantindo assim a confidencialidade dos mesmos. Posteriormente, procedeu-se à colheita das variáveis sócio-demográficas: sexo, idade, agrupamento de centro de saúde do local de trabalho, e grau de formação (interno ou especialista). A segunda parte destinou-se à colheita das variáveis das dimensões medidas (qualidade de vida percebida, stress percebido, *burnout*, autorreflexão e *insight*), através da aplicação de 4 instrumentos de avaliação. No final da terceira sessão acrescentou-se ao questionário do grupo de intervenção uma pergunta aberta sobre possíveis ganhos pessoais e profissionais que tenham advindo da participação.

Escala Visual Analógica da Qualidade de Vida Percebida

(EQ-VAS: *European Quality of Life - Visual Analogue Scale*; EuroQol Group, 1990; ⁽³¹⁾ Versão portuguesa de Ferreira, Ferreira & Pereira, 2014). ⁽³²⁾

É parte integrante da escala EuroQoL-5Dimension (EQ-5D), que engloba dois componentes: um sistema descritivo, subdividido em 5 dimensões, e um sistema numérico, conseguido através de uma escala visual analógica – o termómetro EQ-VAS. Este oferece a possibilidade a quem responde de quantificar o seu estado de saúde numa escala de 0 (“*pior estado de saúde que possa imaginar*”) a 100 (“*melhor estado de saúde que possa imaginar*”) o estado de saúde que melhor o caracteriza naquele momento. Na versão portuguesa, a subescala EQ-VAS apresentou uma boa consistência interna ($\alpha=0,862$).

Escala do *Stress* Percepcionado

(PSS-10: *Perceived Stress Scale*; Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983; ⁽³³⁾ Versão portuguesa de Trigo *et al*, 2010). ⁽³⁴⁾

Composta por 10 itens, permite perceber até que ponto os acontecimentos da vida são percebidos como fonte de *stress* pelo próprio (34). A cada item é atribuída uma classificação entre 0 (“nunca”) e 4 (“muito frequentemente”). Para calcular a pontuação final, é necessário inverter a cotação dos itens referentes a situações positivas (itens 4, 5, 7 e 8), somando-se no final todas as cotações. Obtém-se assim um resultado entre 0 e 40 pontos, sendo que valores entre 0 e 13 são definidos como níveis baixos de *stress*, entre 14 e 26 níveis médios e 27 a 40 níveis altos. Na população portuguesa, a versão PSS-10 apresenta uma boa consistência interna ($\alpha=0,874$).

Escala de *Burnout* de Maslach

(MBI- HSS: *Maslach Burnout Inventory- Human Services Survey*; Cristina Maslach. Susan E. Jackson – 1986. ⁽³⁵⁾ Tradução, preparação e adaptação da versão portuguesa: Melo B, Gomes A., Cruz J. 1999). ⁽³⁶⁾

O MBI-HSS é um instrumento de auto-avaliação destinado a profissionais de saúde construído por Maslach e Jackson, sendo constituído na versão actual por 22 questões, com sete níveis que oscilam de 0 (nunca) a 6 (todos os dias). Os itens avaliam as subdimensões de *burnout*: “exaustão profissional”, “despersonalização” e “realização profissional”, esta última inversamente relacionada com a síndrome.

A primeira subdimensão é avaliada pela soma de nove itens (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20), a segunda por cinco (5, 10, 11, 15 e 22) e a terceira por oito (4,7,9,12,17,18,19 e 21). Para a classificação de cada uma das três dimensões do *burnout*, e da própria síndrome de *burnout*, utilizamos os valores de referência da Tabela 1. A escala não permite o cálculo de uma pontuação global de *burnout*. Assim, considera-se que um sujeito apresenta *burnout* quando obtém resultados elevados na dimensão exaustão emocional e despersonalização e baixos resultados na realização pessoal. ⁽³⁷⁾ Na população portuguesa, a versão MBI-HSS apresenta uma boa consistência interna ($\alpha=0,75$).

Tabela 1- Pontuação das subescalas do MBI - HSS

Subescalas MBI-HSS	Nível de <i>Burnout</i>		
	Baixo	Médio	Alto
Exaustão Emocional	≤ 19	18-26	≥27
Despersonalização	≤ 5	6-9	10
Realização Pessoal	≥ 40	34-39	≤ 33

Escala da Autorreflexão e *Insight* - Nova Medida de Auto-consciência Adaptada e Validada para Adultos Brasileiros

(SRIS: *Self-Reflection and Insight Scale*; Grant *et al*, 2002, ⁽³⁸⁾ Versão portuguesa de Da Silveira e De Castro, 2012.) ⁽³⁹⁾

A escala com 20 itens procura avaliar e medir as diferenças individuais da autoconsciência. Contempla a bidimensionalidade da autoconsciência através das suas subescalas “*insight*” (itens 3, 4, 6, 9, 11, 14, 17 e 20) e “autorreflexão” (itens 1, 2, 5, 7, 8, 10, 12, 13, 15, 16, 18 e 19).

Cada item foi classificado de 1 (“*quase nunca*”) a 5 (“*quase sempre*”). Os itens 1, 2, 4, 8, 9, 11, 13, 14, 17 são itens invertidos, que foram recodificados previamente ao cálculo de cada subescala. A pontuação máxima que se pode obter é de 60 para a “autorreflexão” (12 itens) e 40 para o “*insight*” (8 itens), traduzindo níveis altos dos mesmos. A versão adaptada à língua portuguesa atingiu índices de consistência interna muito satisfatórios ($\alpha=0,902$ para “autorreflexão” e $\alpha=0,825$ para “*insight*”), alcançando valores semelhantes aos obtidos na escala original em ambas as subescalas.

Análise de dados

Após a colheita de todos os dados, estes foram organizados no programa *Microsoft Excel*, e posteriormente realizada a sua análise estatística com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). A análise descritiva das variáveis quantitativas foi feita através da média e a das variáveis qualitativas com frequência absoluta e relativa.

Devido à amostra deste estudo ter um tamanho reduzido foram usados para a análise das variáveis testes não-paramétricos. Utilizámos o teste de U de Mann-Whitney para amostras independentes com o objectivo de comparar os *scores* antes da realização da intervenção no grupo de controlo vs. grupo de intervenção e também para comparar os *scores* de ambos os grupos depois da intervenção. Com recurso ao teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas realizamos a comparação das pontuações antes e depois da intervenção para o grupo de controlo e para o grupo de intervenção. Para efeitos desta análise estabelecemos o valor de estatisticamente significativo para $p < 0,05$.

RESULTADOS

Análise Descritiva

Da amostra de 10 pessoas, 80% pertenciam ao sexo feminino, 4 no grupo de controlo e 4 no grupo de intervenção. As idades variaram entre 27 e 43 anos com uma média de idades do grupo de controlo de 34 anos e no grupo de intervenção de 33,8 anos. Dos médicos da amostra, 50% eram internos da especialidade de MGF e 50% especialistas de MFG. Dos participantes, 8 (80%) pertenciam ao agrupamento de centros de saúde do Baixo Mondego, 1 (10%) do Baixo Vouga e 1 (10%) do Pinhal Interior Norte.

Análise Inferencial

Na comparação entre os scores iniciais, antes do curso, do grupo de controlo e do grupo de intervenção não foram encontradas diferenças significativas para nenhuma das variáveis (Tabela 2).

Tabela 2 - Relação entre as pontuações das escalas EQ-VAS, PSS, MBI-HSS e SRIS do grupo de controlo e intervenção, antes da realização da intervenção

Instrumento de Medida		ANTES DO CURSO		<i>p</i>
		Grupo Controlo	Grupo de Intervenção	
		Total (média)	Total (média)	
EQ-VAS		86,0	88,2	0,548
PSS		13,0	16,2	0,690
MBI	Exaustão Emocional	19,2	16,2	0,690
	Despersonalização	6,6	4,0	0,548
	Realização Pessoal	39,0	38,8	0,841
SRIS	Autorreflexão	45,6	48,0	0,841
	<i>Insight</i>	30,8	28,4	0,310

Na Escala de Qualidade de Vida Percepcionada ambos os grupos apresentaram scores mais baixos na segunda fase do estudo, ou seja, após intervenção. No entanto, a diminuição da pontuação da qualidade de vida no grupo de controlo foi estatisticamente significativa ($p=0,042$), ao contrário do que se verificou no grupo de intervenção (Tabela 3).

Na Escala de Stress Percepcionado (PSS), ambos os grupos aumentaram a sua pontuação, traduzindo maiores níveis de stress. Contudo, este aumento apenas foi estatisticamente significativo no grupo de controlo ($p=0,042$), ao contrário do que se constatou no grupo de intervenção (Tabela 3).

Quanto à escala de *burnout* que foi aplicada (MBI-HSS), verificou-se, em ambos os grupos, uma diminuição dos scores em todas as subescalas, sem significado estatístico.

Na Escala de Autorreflexão e *Insight*, não houve diferenças significativas em nenhum dos grupos, antes e após a intervenção.

Tabela 3 - Relação das pontuações de EQ-VAS, PSS, MBI-HSS e SRIS entre os dois grupos, antes e após a realização da intervenção

Instrumento de Medida		Grupo de Controlo			Grupo de Intervenção		
		Antes do Curso Total (média)	Depois do Curso Total (média)	<i>p</i>	Antes do Curso Total (média)	Depois do Curso Total (média)	<i>p</i>
EQ-VAS		86,0	49,4	*0,042	88,2	78,6	0,068
PSS		13,0	19,8	*0,042	16,2	19,4	0,109
MBI	Exaustão Emocional	19,2	18,6	0,892	16,2	13,0	0,174
	Despersonalização	6,6	6,0	0,450	4,0	3,2	0,357
	Realização Pessoal	39,0	36,6	0,180	38,8	37,0	0,059
SRIS	Autorreflexão	45,6	47,6	0,785	48,0	46,4	0,715
	<i>Insight</i>	30,8	31,6	0,461	28,4	28,2	1,000

* Valor estatisticamente significativo

Por fim, comparando os scores, após a intervenção, entre os dois grupos, não foram encontradas diferenças significativas em nenhum dos parâmetros avaliados (Tabela 4).

Tabela 4 - Relação entre as pontuações das escalas EQ-VAS, PSS, MBI-HSS e SRIS do grupo de controlo e intervenção, depois da realização da intervenção

Instrumento de Medida		DEPOIS DO CURSO		p
		Grupo Controlo Total (média)	Grupo de Intervenção Total (média)	
EQ-VAS		49,4	78,6	0,151
PSS		19,8	19,4	1,000
MBI	Exaustão Emocional	18,6	13,0	0,310
	Despersonalização	6,0	3,2	0,151
	Realização Pessoal	36,6	37,0	0,841
SRIS	Autorreflexão	47,6	46,4	0,841
	<i>Insight</i>	31,6	28,2	0,151

Análise Qualitativa

No que diz respeito à pergunta aberta dirigida ao grupo de teste sobre possíveis ganhos advindos da intervenção, as respostas dividiram-se em 3 temas principais: benefícios pessoais, benefícios interpessoais e benefícios na vida profissional.

Quanto aos ganhos pessoais, a maioria das respostas focaram uma melhoria importante no auto-conhecimento, nomeadamente em compreender o seu tipo de personalidade, as suas motivações, ambições e traços dominantes. Salientaram também que identificar os seus pontos fracos e medos na intervenção possibilitou caminhos de crescimento e elevação do próprio (“O eneagrama é sem dúvida, uma ferramenta importante para o meu caminho de crescimento pessoal.”).

Seguidamente, nos benefícios interpessoais, foi sublinhada uma melhoria na tolerância, compaixão e empatia. Foi considerado que a intervenção facultou ferramentas fundamentais na compreensão e entendimento de outras personalidades, especialmente em contexto de vida familiar.

Por último, como benefícios na vida profissional, foi mencionado que a intervenção aumentou a tolerância e empatia dirigida aos doentes, denotando maior cuidado em

entender as suas motivações e medos. No global traduziu-se na percepção de um maior equilíbrio entre o trabalho e a vida pessoal.

DISCUSSÃO

Principais Resultados

Os dados do nosso estudo demonstraram que o grupo de controlo sofreu uma maior diminuição da qualidade de vida e um aumento dos níveis de stress, ambos estatisticamente significativos, ao contrário do que se verificou no grupo de intervenção. Não observámos qualquer diferença significativa da intervenção nas subescalas de *burnout*, autorreflexão ou *insight*.

Os dados colhidos, após a realização da intervenção, coincidiram com o surgimento da pandemia do Corona Vírus. Alguns estudos emergentes estão a procurar perceber qual está a ser o impacto desta pandemia na saúde mental dos profissionais de saúde, destacando um aumento dos níveis de stress, ansiedade, *burnout*, depressão ⁽⁴⁰⁾ e insónia. ^(41,42) Assim, parece-nos plausível atribuir o aumento global dos níveis de stress e a diminuição global da percepção da qualidade de vida a este cenário atípico, vivido actualmente.

Apesar da pontuação de ambos os grupos na segunda fase do estudo ter traduzido um decréscimo da qualidade de vida e um incremento do stress, apenas foram significativas de um ponto de vista estatístico as diferenças observadas no grupo de controlo. Neste sentido, os dados apontam que o Eneagrama de Personalidades, como ferramenta de auto-conhecimento, constitui um instrumento protector tanto dos níveis de stress, como da percepção de qualidade de vida de médicos de família sujeitos a um evento altamente stressante.

Cada indivíduo lida com o stress de forma diferente, sendo influenciado pelos traços da sua personalidade e vivências. Quanto maior é o conhecimento sobre os mecanismos da sua personalidade e o modo como tende a “agir sob stress”, maior a consciência sobre os mecanismos implicados e maior a probabilidade de conseguir desenvolver mecanismos de adaptação ao stress adequados à sua personalidade. ⁽⁴³⁾ Como resultado, este tipo de intervenções que visam o auto-conhecimento, poderão providenciar ao médico de saúde geral e familiar potenciais ferramentas eficazes na prevenção de níveis de stress significativamente mais elevados, preservando também a sua qualidade de vida. Além disso, tendo maior consciência dos seus mecanismos internos, poderão estar mais despertos para as suas percepções e suas causas perante eventos stressantes, diminuindo a negatividade da sua percepção sobre a qualidade de vida nestes momentos.

Burnout

Embora não sejam significativas as divergências das pontuações antes e depois da intervenção em nenhuma das subescalas do *burnout*, constatou-se uma tendência de diminuição da exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal, em ambos os grupos. Com efeito, perante as mesmas circunstâncias adversas apesar dos indicadores de níveis de stress, qualidade de vida e realização pessoal terem piorado, verificou-se uma melhoria nas pontuações da exaustão emocional e da despersonalização. Este facto, poderá ser justificado pela segunda fase de recolha de dados ter coincidido com o início da pandemia, onde prevaleciam sentimentos de stress e incerteza mas também níveis elevados de motivação e energia para melhor lidar com a situação e com os doentes, tendo um papel activo e compatível com a sua motivação profissional e sentido de missão. A ausência de diferenças de relevo nestas vertentes poderá ser atribuível à amostra muito reduzida.

Autorreflexão e *Insight*

Quanto à SRIS, demonstrou resultados não significativos com tendências inesperadas, com um aumento no grupo de controlo das pontuações de autorreflexão e *insight*, no segundo questionário e uma diminuição de ambos os parâmetros no grupo de intervenção em relação à avaliação inicial. Poderá ter sido simplesmente devido ao acaso, ou devido à formação no tema ter dado, ao grupo de intervenção, uma noção mais exigente do seu auto-conhecimento, percepcionando assim níveis mais baixos de autorreflexão e *insight* após o estudo. No entanto, nenhuma destas diferenças é estatisticamente significativa e o tamanho reduzido da amostra não permite uma representação fidedigna da população, pelo que só fazendo um estudo de maiores dimensões ou mais específico para estas variáveis se poderia perceber esta questão.

Pontos Fortes

Considerámos que um dos pontos fortes deste estudo foi a inclusão de uma parte qualitativa sobre os efeitos do mesmo. Não existem escalas desenvolvidas para aferir estas dimensões nem que sejam sensíveis a este tipo de mudanças e os estudos qualitativos podem ser um primeiro passo para as desenvolver. Na resposta a esta questão foram

mencionados vários benefícios a nível pessoal, como um maior conhecimento dos traços dominantes da própria personalidade, capacidade de perceber as motivações que influenciam determinados comportamentos e a identificação de pontos fracos, medos e expectativas pessoais de uma forma mais clara. A nível inter-pessoal e laboral também foram mencionados benefícios, nomeadamente um aperfeiçoamento das capacidades comunicacionais com a família e doentes, uma melhoria na compaixão, tolerância e empatia e uma melhor compreensão da outra pessoa como um todo. Também foi salientado uma percepção de melhoria na relação médico-utente assim como a aquisição de um maior equilíbrio entre a vida pessoal e laboral. Outros artigos com programas de intervenção baseados no estudo do Eneagrama de Personalidades como ferramenta de auto-conhecimento apoiam estas conclusões, demonstrando um impacto positivo especialmente nas relações inter-pessoais. ^(44,45)

Outro aspecto positivo foi o desenho do estudo, que considerámos estar bem conseguido. Devido à amostra diminuta, o processo de recrutamento foi realizado de forma emparelhada nas variáveis de sexo, idade e grau de formação, resultando em dois grupos homogéneos. Na comparação das pontuações prévias à intervenção, do grupo de controlo e do grupo de intervenção, esta homogeneidade traduziu-se na ausência de diferenças significativas em todos os parâmetros avaliados. Este facto, permite-nos interpretar diferenças posteriores à formação e atribuí-las com maior segurança à participação, ou não, na intervenção.

Limitações

Considerámos que este estudo tem algumas limitações importantes. Em primeiro lugar, o tamanho reduzido da amostra não nos permite tirar conclusões representativas do efeito que a intervenção teria na população dos médicos de família portugueses. O tamanho da amostra advém das dificuldades que representa o recrutamento voluntário para uma intervenção prolongada (26 horas), sem apoios nem benefícios em termos de custos de deslocação e participação, incluindo os custos da formação/intervenção em si.

Em segundo lugar, outra limitação importante, alheia ao desenho do estudo, foi o surgimento da pandemia causada pelo Corona Vírus, que constituiu um evento externo altamente stressante, coincidente com a obtenção dos resultados posteriores à realização da intervenção. Esta situação provocou uma variável que não poderia estar prevista neste estudo, sendo muito provável que tenha tido um impacto muito significativo nos resultados.

Outra limitação prende-se com o facto do viés de selecção poder ter sido mais consensual na população feminina em relação à masculina. A utilização da formação pessoal e comunicacional como ferramentas profissionais pode estar na origem das discrepâncias percentuais no sexo dos participantes.

Por fim, o questionário utilizado não foi o ideal, por várias razões. Enquanto que as escalas de qualidade de vida (EQ-VAS), de *burnout* (MBI-HSS) e de stress percebido (PSS) foram validadas para a língua portuguesa tal como é falada em Portugal, o mesmo não aconteceu para a Escala de Autorreflexão e *Insight* (SRIS), que apenas apresenta validação para adultos brasileiros. Outro aspecto prende-se com o facto das variáveis em estudo (qualidade de vida, stress, *burnout*, *insight* e autorreflexão) serem complicadas de quantificar. Dificilmente as escalas existentes traduzem com exactidão os aspectos que pretendemos caracterizar, além de não terem sido desenvolvidas para detectar alterações nestes parâmetros após uma intervenção, foram desenhadas para avaliações transversais e não longitudinais.

Sugestões

Com o objectivo de poder analisar os resultados com robustez estatística (poder 80% e intervalo de confiança 90%), estudos futuros deverão ter uma amostra mínima de 26 participantes em cada grupo ⁽⁴⁶⁾ (utilizamos para o cálculo da amostra a Escala do Stress Percebido). Para contornar o problema da angariação de voluntários sugerimos aproveitar outros eventos ou intervenções existentes e integrar neles a formação no auto-conhecimento através do Eneagrama de Personalidades. De futuro, poderia ser interessante a dinamização de maior participação de médicos do sexo masculino, para melhor representar a realidade e necessidades médicas do país.

Considerando a homogeneidade verificada entre os dois grupos, poderá ser considerada a constituição de um grupo de intervenção emparelhado, não randomizado, para estudos futuros, tal como foi realizado no presente estudo. Seria também interessante tentar arranjar uma fonte de financiamento para o estudo, para haver compensação dos voluntários pela participação em tantas horas de formação e depois avaliação.

O estudo beneficiaria de uma reavaliação assim que a vida dos participantes retornar à normalidade, o que será possível, provavelmente, dentro de alguns meses. Estudos futuros poderão também constituir uma fonte de aprendizagem em termos de utilização deste tipo de ferramentas em situações de stress, mas que dificilmente se conseguem

programar para um estudo específico. Estudos posteriores poderão ser desenvolvidos ao longo de uma janela temporal mais alargada, procurando englobar alguns acontecimentos de vida ou laborais mais desafiantes, para melhor caracterizar possíveis impactos de intervenções semelhantes na vida dos participantes.

No que diz respeito à aplicabilidade do questionário, estudos futuros poderão considerar o desenvolvimento de ferramentas na avaliação das variáveis, mais adaptadas ao instrumento e construtos a serem medidos, sendo de salientar a mais-valia de equipas multidisciplinares para este fim, entre as áreas de psicologia, sociologia e medicina.

CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou uma diminuição significativa na qualidade de vida e um aumento significativo dos níveis de stress no grupo de controlo, demonstrando que a intervenção no auto-conhecimento teve um aparente papel protector no stress e na qualidade de vida dos médicos de família.

Através de uma formação, que teve como ferramenta o Eneagrama das Personalidades, foi possível aos participantes descobrirem caminhos de desenvolvimento na sua vida pessoal, familiar e laboral. Apesar de não ter sido programado, ao coincidir com uma época atípica para todos os elementos, este estudo permitiu observar a minimização do impacto de um evento altamente stressante e disruptivo como foi o caso do surgimento de uma pandemia, a nível de stress e qualidade de vida.

Estes efeitos protectores que observámos são de extrema importância para médicos de Medicina Geral e Familiar, pois estes profissionais encontram-se na primeira linha de cuidados de saúde à população. Pela responsabilidade e exigência desta profissão consideramos uma prioridade procurar e investir em soluções que visem a minimização do stress e *burnout* e que procurem melhorar a qualidade de vida nestes médicos. Estas intervenções poderão ter um impacto positivo na redução dos erros médicos, na realização profissional e na satisfação e adesão aos cuidados de saúde primários.

Apesar do presente estudo não ter conseguido demonstrar uma relação significativa da intervenção com os níveis de *burnout*, autorreflexão e *insight*, os resultados que evidenciou a nível de stress e qualidade de vida parecem promissores. Por este motivo, pensamos que realizar um ensaio clínico com base neste estudo piloto, com métodos mais ajustados e com uma janela temporal mais alargada, revelar-se-ia benéfico para todos os médicos de família, assim como para toda a população dependente dos seus cuidados.

AGRADECIMENTOS

Aos voluntários, que tornaram possível este estudo.

À Professora Doutora Inês Rosendo, por toda a dedicação, empenho e amabilidade com que me guiou e pela inabalável disponibilidade.

À Professora Doutora Liliana Constantino, pela coorientação e ajuda prestada.

Aos meus amigos que durante 6 anos ultrapassaram comigo todos os desafios, sem nunca saírem do meu lado.

À minha família pelo apoio incondicional e constante incentivo ao longo de todo o meu percurso académico.

Ao Jorge, por toda a paciência, pela motivação e ânimo que me deu e pela confiança que em mim teve.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Stewart SM, Betson C, Lam TH, Marshall IB, Lee PW, Wong CM. Predicting stress in first year medical students: a longitudinal study. *Med Educ*. 1997 May;31(3):163–8.
2. Bramness JG, Fixdal TC, Vaglum P. Effect of medical school stress on the mental health of medical students in early and late clinical curriculum. *Acta Psychiatr Scand*. 1991 Oct;84(4):340–5.
3. Tyssen R, Vaglum P, Gronvold NT, Ekeberg O. Factors in medical school that predict postgraduate mental health problems in need of treatment. A nationwide and longitudinal study. *Med Educ*. 2001 Feb;35(2):110–20.
4. Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. *J Soc Issues [Internet]*. 1974 Jan 1;30(1):159–65. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
5. Maslach C. Burnout: A multidimensional perspective. In: *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Philadelphia, PA, US: Taylor & Francis; 1993. p. 19–32.
6. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001;397–422.
7. Pinto AM, Moreira S, Lopes RC, Januário P. Burnout na Classe Médica em Portugal : Perspetivas Psicológicas e Psicossociológicas Relatório Final. *Rev da Ordem dos Médicos*. 2017;
8. Lee ME, Brown DW, Cabrera AG. Physician burnout: An emergent crisis. *Prog Pediatr Cardiol [Internet]*. 2017;44:77–80. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1058981316301163>
9. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med*. 2012;172(18):1377–85.
10. Rita A, Sousa F, Dra O, Sara M, Mendes S. Síndrome De Burnout Nos Médicos De Medicina Geral E Familiar. 2017;
11. Moreira H de A, Souza KN de, Yamaguchi MU. Síndrome de Burnout em médicos: uma revisão sistemática. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2018;43(0):1–11.
12. Kumar S. Burnout and Doctors : Prevalence , Prevention and Intervention. *Healthcare*. 2016;4(37).
13. Diener E, Suh EM, Lucas RE, Smith HL. Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychol Bull*. 1999;125(2):276–302.
14. Weng HC, Hung CM, Liu YT, Cheng YJ, Yen CY, Chang CC, et al. Associations between emotional intelligence and doctor burnout, job satisfaction and patient satisfaction. *Med Educ*. 2011;45(8):835–42.
15. Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: a potential threat to successful health care reform. *JAMA*. 2011 May;305(19):2009–10.
16. Iliceto P, Pompili M, Spencer-Thomas S, Ferracuti S, Erbutto D, Lester D, et al. Occupational stress and psychopathology in health professionals: an explorative study with the multiple indicators multiple causes (MIMIC) model approach. *Stress*. 2013 Mar;16(2):143–52.

17. Walocha E, Tomaszewski KA, Wilczek-Ruzyczka E, Walocha J. Empathy and burnout among physicians of different specialities. *Folia Med Cracov.* 2013;53(2):35–42.
18. Brown PA, Slater M. Personality and burnout among primary care physicians : an international study. 2019;169–77.
19. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. *Presse Med [Internet].* 2004;33(22):1569–74. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0755498204989944>
20. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout : a systematic review and meta-analysis. *Lancet [Internet].* 2016;388(10057):2272–81. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31279-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31279-X)
21. Nunes APL. Programa de Intervenção Para Prevenção do Burnout em Unidades de Cuidados Éticos: Um dever ético. [Tese de Doutorado]: Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa; 2017.
22. Shahid R, Stirling J, Adams W. Promoting wellness and stress management in residents through emotional intelligence training. *Adv Med Educ Pract.* 2018;Volume 9:681–6.
23. Azadfallah P. Interventions for Physician Burnout: A Systematic Review of Systematic Reviews. 2018;
24. Smith EE. Atkinson & Hilgard's introduction to psychology. Wadsworth Publishing Company; 2003.
25. Daniels D, Saracino T, Fraley M, Christian J, Pardo S. Advancing Ego Development in Adulthood Through Study of the Enneagram System of Personality. *J Adult Dev [Internet].* 2018;25(4):229–41. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10804-018-9289-x>
26. Roh H, Park KH, Ko HJ, Kim DK, Son H Bin, Shin DH, et al. Understanding medical students' empathy based on Enneagram personality types. *Korean J Med Educ.* 2019;31(1):73–82.
27. Riso DR, Hudson R. Understanding the enneagram : the practical guide to personality types [Internet]. Boston: Houghton Mifflin; 2000. Available from: <http://site.ebrary.com/id/10463467>
28. Martins CR. Síndrome de Burnout nos Profissionais de Saúde : Causas , Consequências , Prevenção e Tratamento. [tese de mestrado]. Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior; 2017.
29. Simões MJ, Caetano I, Constantino L. A importância do autoconhecimento no stress , burnout , autocompaixão e compaixão em estudantes de medicina – estudo piloto de ensaio clínico. [Tese de Mestrado Integrado]:Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2020.
30. Reis CDC. Prevalência de Síndrome de Burnout em Médicos de Família da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos. *Rev Port Clínica Geral.* 2019;35(3):176–84.
31. EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy.* 1990 Dec;16(3):199–208.
32. Ferreira PL, Ferreira LN, Pereira LN. Contributos para a validação da versão Portuguesa do EQ-5D. *Acta Med Port.* 2013;26(6):664–75.
33. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav.* 1983 Dec;24(4):385–96.

34. Trigo M, Canudo N, Branco F, Silva D. Estudo das propriedades psicométricas da Perceived Stress Scale (PSS) na população portuguesa. *Psychologica*. 2010;10(53):353–78.
35. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *The Maslach Burnout Inventory Manual second edition*. Consult Psychol Press [Internet]. 1986;(May 2016):191–217. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/277816643>
36. Melo, Barbara Teixeira; Gomes AR& CJFA. *Desenvolvimento E Adaptação De Um Instrumento De Avaliação Psicológica De Burnot Para Psicólogos.Pdf*. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. 1999. p. 596–603.
37. Portugueses MEMP. *Análise Fatorial Do Inventário De Burnout De Maslach (Mbi-Hss) Em Profissionais Portugueses*. *Psicol Saúde e Doenças*. 2013;14(1):152–67.
38. Grant AM, Franklin J, Langford P. *THE SELF-REFLECTION AND INSIGHT SCALE: A NEW MEASURE OF PRIVATE SELF-CONSCIOUSNESS*. *Soc Behav Personal an Int J* [Internet]. 2002;30(8):821–35. Available from: <http://10.0.8.176/sbp.2002.30.8.821>
39. DaSilveira A da C, DeCastro TG, Gomes WB. *Escala de Autorreflexão e Insight: Nova Medida de Autoconsciência Adaptada e Validada para Adultos Brasileiros*. *Psico* [Internet]. 2012;43(2):155–62. Available from: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/11693/8039>
40. Uva A, Serranheira F, Sacadura E, Suspiro A, Viegas S. *Resultados do Questionário 3: Profissionais de saúde exaustos, para além de um número pouco aceitável de infetados?* [Internet]. 2020. Available from: <https://barometro-covid-19.ensp.unl.pt/saude-ocupacional/Resultados/>
41. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. *Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019*. 2020;3(3):1–12.
42. Xiao H, Zhang Y, Kong D, Li S, Yang N. *The Effects of Social Support on Sleep Quality of Medical Staff Treating Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China*. 2020;1–8.
43. Ruffin S, Hamilton C, Lohman B, Lutterman M. *An analysis of personality types as a preventive measure towards burnout among mental health practitioners*. [PhD dissertation]. Capella University; 2014.
44. Kim S, Jeong I, Kim B. *Effects of the Enneagram Group Counseling Program on Interpersonal Relationship , Self-esteem and Stress Coping Strategy in Nursing Students*. 2019;10(10):347–55.
45. Lee M. *A Study on the Effects of Enneagram Group Counseling on Nursing Students*. 2015;7(5):235–46.
46. *Clinical Calculators* [Internet]. Available from: <https://clinicalcalc.com/stats/samplesize.aspx>

ANEXOS

ANEXO I: QUESTIONÁRIO

Stress e burnout nos médicos de família: auto-conhecimento como estratégia de prevenção



UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

FACULDADE
DE
MEDICINA

QUESTIONÁRIO

***STRESS E BURNOUT NOS MÉDICOS DE FAMÍLIA: AUTO-CONHECIMENTO
COMO ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO***

Caro médico de medicina geral e familiar,

Este questionário tem como objectivo perceber se o auto-conhecimento e a sua ligação ao crescimento pessoal, estratégias de bem-estar e comunicação com os pacientes, constitui uma ferramenta útil e eficaz na gestão do stress e prevenção do burnout em médicos de família, no decorrer da sua actividade profissional.

Para isso, pedimos a sua colaboração no preenchimento do mesmo e garantimos que ninguém saberá quem respondeu, como respondeu ou o que respondeu. A sua participação é totalmente voluntária, sendo que pode interromper a realização do questionário se assim o desejar.

Muito obrigada,

Carlota Carvalhos, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Professora Doutora Inês Rosendo, Orientadora

Professora Doutora Lílina Constantino, Co-orientadora

Stress e burnout nos médicos de família: auto-conhecimento como estratégia de prevenção

QUESTIONÁRIO

A. Dados sócio demográficos:

Sexo _____

Idade _____

Para exclusivos efeitos de emparelhamento dos dados antes e depois do estudo, pedimos que escreva aqui as 2 últimas letras do seu último nome _____ e os 2 primeiros dígitos do seu número do cartão de cidadão _____

ACES do local de trabalho _____

Data de preenchimento _____

Profissão: Médico interno de MGF

Médico especialista de MGF

Data em que fez/ fará módulo 1 de curso _____

(Se não for fazer o curso assinalar aqui _____)

Stress e burnout nos médicos de família: auto-conhecimento como estratégia de prevenção

B. Escalas

B1. Qualidade de vida EQ-VAS: 1 item

EQ-VAS

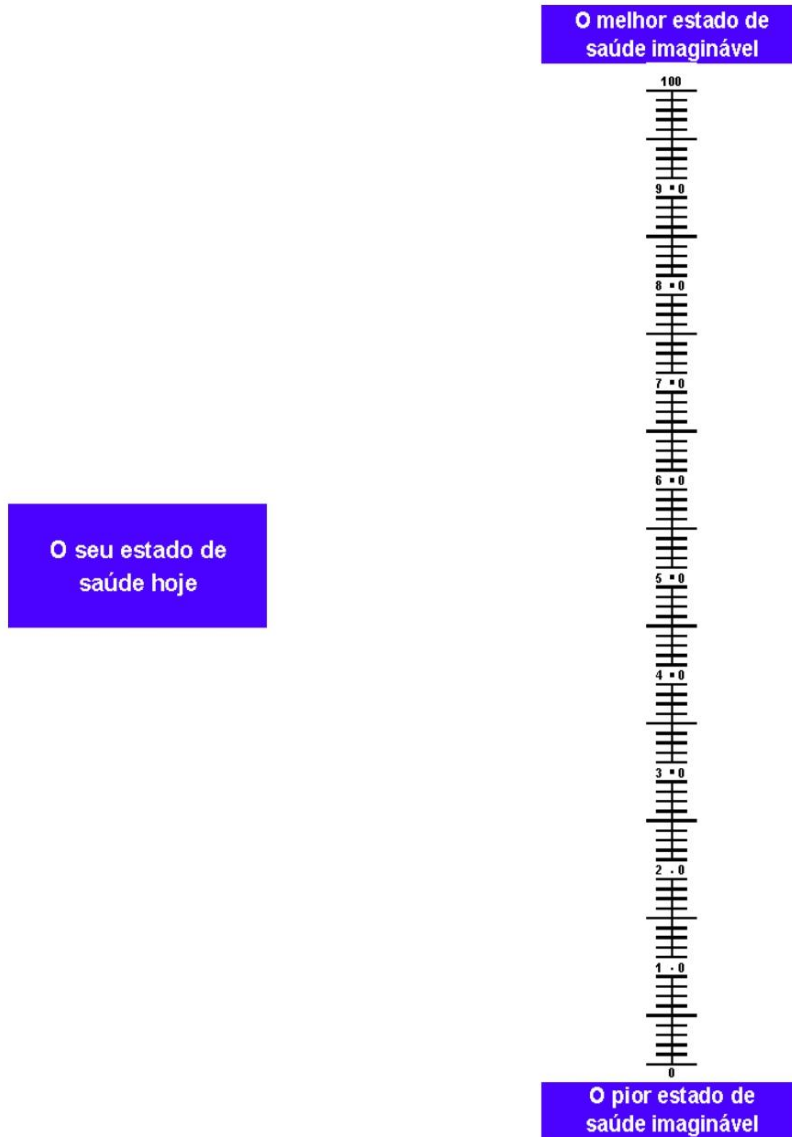
(EuroQol Group, 1990)

(Tradução, preparação e adaptação da versão portuguesa: Ferreira, Ferreira & Pereira, 2014)

Para ajudar as pessoas a classificarem o seu estado de saúde, desenhámos uma escala (semelhante a um termómetro) na qual o melhor estado de saúde que possa imaginar é marcado por 100 e o pior estado de saúde que possa imaginar é marcado por 0. Gostaríamos que indicasse nesta escala qual é hoje, na sua opinião, o seu estado de saúde.

Por favor, desenhe uma linha a partir do rectângulo que se encontra à esquerda, até ao ponto da escala que melhor classifica o seu estado de saúde hoje, e à frente indique o valor a que corresponde (entre 0 e 100).

Stress e burnout nos médicos de família: auto-conhecimento como estratégia de prevenção



Stress e burnout nos médicos de família: auto-conhecimento como estratégia de prevenção

B2. Escala do Stress Percepçionado PSS (*Perceived Stress Scale*): 10 itens

PSS

(Cohen, Kamarck & Mermelstein., 1983)

(Tradução, preparação e adaptação da versão portuguesa: TrigoM; CanudoN; BrancoF&SilvaD 2010)

Instrução: Para cada questão, pedimos que indique com que frequência se sentiu ou pensou de determinada maneira, **durante o último mês**. Apesar de algumas perguntas serem parecidas, existem diferenças entre elas e deve responder a cada uma como perguntas separadas. Responda de forma rápida e espontânea. Para cada questão indique, com uma cruz (x), a alternativa que melhor se ajusta à sua situação.

- 0- Nunca
- 1- Quase nunca
- 2- Algumas vezes
- 3- Frequentemente
- 4- Muito frequentemente

Itens	0	1	2	3	4
1. No último mês, com que frequência esteve preocupado(a) por causa de alguma coisa que aconteceu inesperadamente?					
2.No último mês, com que frequência se sentiu incapaz de controlar as coisas importantes da sua vida?					
3. No último mês, com que frequência se sentiu nervoso(a) e em stress?					
4. No último mês, com que frequência sentiu confiança na sua capacidade para enfrentar os seus problemas pessoais?					
5. No último mês, com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr à sua maneira?					
6. No último mês, com que frequência sentiu que não aguentava com as coisas todas que tinha para fazer?					
7. No último mês, com que frequência foi capaz de controlar as suas irritações?					
8. No último mês, com que frequência sentira ter tudo sob controlo?					

Stress e burnout nos médicos de família: auto-conhecimento como estratégia de prevenção

9. No último mês, com que frequência se sentiu furioso(a) por coisas que ultrapassaram o seu controlo?					
10. No último mês, com que frequência sentiu que as dificuldades se estavam a acumular tanto que não as conseguia ultrapassar?					

B3. Escala de *Burnout* de Maslach: 22 itens

MBI – Maslach Burnout Inventory

(Cristina Maslach. Susan E. Jackson, 1981)

(Tradução, preparação e adaptação da versão portuguesa: Versão Portuguesa: IPSSO – Instituto de Prevenção do Stress e Saúde Ocupacional (1999)).

Na página seguinte encontram-se 22 afirmações acerca de sentimentos associados ao trabalho. Por favor, leia cada afirmação cuidadosamente e decida se alguma vez se sentiu assim acerca do seu trabalho. Se nunca se sentiu assim, assinale o "0" (zero). Se já se sentiu assim, indique quantas vezes isso lhe acontece colocando um círculo a volta do número (de 1 a 6) que descreve melhor a frequência com que se sente assim.

- 0 – Nunca
- 1 – Algumas vezes por ano ou menos
- 2 – Uma vez por mes
- 3 – Algumas vezes por mes
- 4 – Uma vez por semana
- 5 – Algumas vezes por semana
- 6 – Todos os dias

Stress e burnout nos médicos de família: auto-conhecimento como estratégia de prevenção

Faça um círculo em torno do número que melhor se adequa à sua situação:

Afirmações	Com que frequência:
1. Sinto-me vazio emocionalmente, por causa do meu trabalho.	0 1 2 3 4 5 6
2. No fim do dia de trabalho, sinto-me exausto.	0 1 2 3 4 5 6
3. Sinto-me fatigado quando acordo de manhã e tenho que enfrentar mais um dia de trabalho.	0 1 2 3 4 5 6
4. Consigo compreender facilmente como os meus utentes se sentem acerca das coisas.	6 5 4 3 2 1 0
5. Sinto que trato alguns utentes, como se fossem objectos impessoais.	0 1 2 3 4 5 6
6. Trabalhar com pessoas o dia todo é, de facto, um esforço para mim.	0 1 2 3 4 5 6
7. Lido muito eficazmente com os problemas dos meus utentes.	6 5 4 3 2 1 0
8. Sinto-me esgotado devido ao meu trabalho.	0 1 2 3 4 5 6
9. Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas com o meu trabalho.	6 5 4 3 2 1 0
10. Tomei-me mais insensível em relação às pessoas, desde que comecei este trabalho.	0 1 2 3 4 5 6
11. Preocupo-me que este trabalho me esteja a “endurecer” emocionalmente.	0 1 2 3 4 5 6
12. Sinto-me muito enérgico.	6 5 4 3 2 1 0
13. Sinto-me muito frustrado com o meu trabalho.	0 1 2 3 4 5 6
14. Sinto que estou a trabalhar demasiado no meu trabalho.	0 1 2 3 4 5 6
15. De facto, não me interessa o que acontece a alguns utentes.	0 1 2 3 4 5 6
16. Trabalhar directamente com pessoas coloca-me sob demasiada tensão.	0 1 2 3 4 5 6
17. Consigo facilmente criar uma atmosfera relaxada com os meus utentes.	6 5 4 3 2 1 0
18. Sinto-me entusiasmado depois de trabalhar de perto com os meus utentes.	6 5 4 3 2 1 0
19. Consegui realizar muitas coisas importantes nesta profissão.	6 5 4 3 2 1 0
20. Sinto que estou no meu limite (“fim de linha”).	0 1 2 3 4 5 6
21. No meu trabalho, lido com os problemas emocionais com muita calma.	6 5 4 3 2 1 0
22. Sinto que os utentes me culpam por alguns dos seus problemas	0 1 2 3 4 5 6

Stress e burnout nos médicos de família: auto-conhecimento como estratégia de prevenção

B4. EAI: Escala de Autorreflexão e Insight: Nova Medida de Auto consciência Adaptada e Validada para Adultos Brasileiros: 20 itens

SRIS (Self-Reflection and Insight Scale)

(Grant et al.,2002)

(Adaptação versão brasileira: DaSilveira, A.C., DeCastro, T.G. & Gomes, W.B. 2012)

Quase nunca Raramente Algumas vezes Muitas vezes Quase sempre

1 2 3 4 5

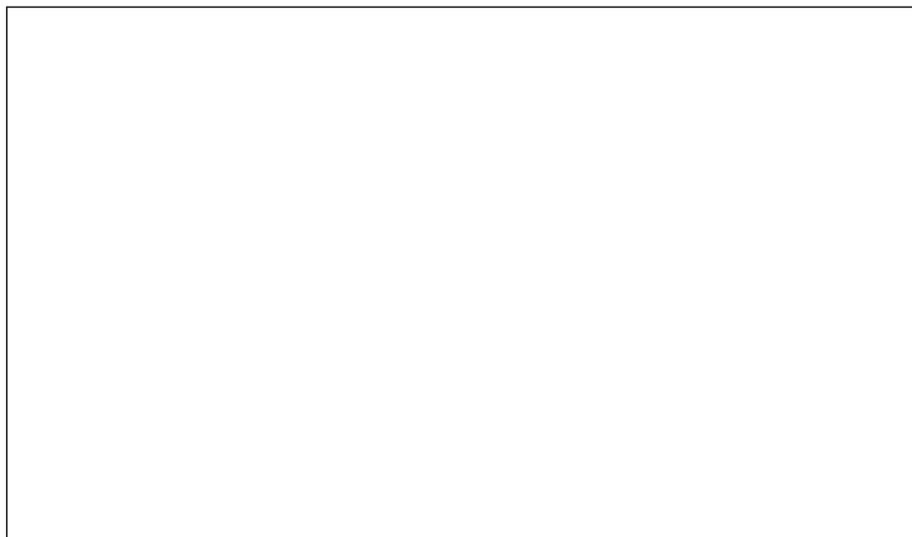
Item	1	2	3	4	5
1. Eu não penso muito frequentemente nos meus pensamentos.					
2. Eu realmente não estou interessado em analisar o meu comportamento.					
3. Eu normalmente estou ciente dos meus pensamentos.					
4. Eu frequentemente estou confuso sobre o modo como realmente me sinto sobre as coisas.					
5. É importante para mim avaliar as coisas que faço.					
6. Eu normalmente tenho uma ideia bem clara sobre por que tenho me comportado de uma certa maneira.					
7. Eu sou muito interessado em examinar o que eu penso.					
8. Eu raramente despendo tempo na reflexão sobre mim.					
9. Frequentemente eu estou ciente de que estou a ter um sentimento, mas não sei bem o que é.					
10. Eu frequentemente examino os meus sentimentos.					
11. Meu comportamento frequentemente desafia-me.					
12. É importante para mim tentar entender o que significam os meus sentimentos.					
13. Eu realmente não penso sobre o porque me comporto da forma com que me comporto.					
14. Pensar sobre meus pensamentos deixa-me ainda mais confuso.					
15. Eu definitivamente tenho uma necessidade em entender a forma como minha mente funciona.					
16. Eu frequentemente reservo um tempo para reflectir sobre meus pensamentos.					
17. Frequentemente eu acho difícil compreender a forma					

Stress e burnout nos médicos de família: auto-conhecimento como estratégia de prevenção

com que me sinto sobre as coisas.					
18. É importante para mim estar apto a entender como meus pensamentos surgem.					
19. Eu frequentemente penso sobre como me sinto sobre as coisas.					
20. Eu normalmente sei por que me sinto da forma com que me sinto.					

Stress e burnout nos médicos de família: auto-conhecimento como estratégia de prevenção

C: Se foi sujeito à intervenção, partilhe o que pensa que ganhou com a mesma, pessoal e profissionalmente.



Muito obrigada pela sua participação.

ANEXO II: AUTORIZAÇÕES PARA A UTILIZAÇÃO DAS ESCALAS

08/03/2020

E-mail – Carlota Carvalhos – Outlook

Re: Autorização utilização da Escala de Autorreflexão e Insight (adaptação)

William Barbosa Gomes <gomesw@ufrgs.br>

ter, 04/02/2020 19:23

Para: Carlota Carvalhos <carlota.carvalhos@hotmail.com>

Cc: Amanda da Costa da Silveira <amandacosta@gmail.com>; Thiago DeCastro <thiago.cast@gmail.com>

Digna Carlota Carvalhos

É sempre uma satisfação saber do interesse de colegas além-mar sobre nosso trabalho aqui no sul do Brasil, principalmente da tão tradicional e reconhecida Universidade de Coimbra. As escalas estão à disposição para uso em pesquisa. Aproveito para desejar sucesso a tua pesquisa. Aproveito para enviar recomendações às professoras Rosendo e Constantino. Mantenha-nos informado sobre os resultados da tua pesquisa e estamos à disposição para contatos e troca de idéias.

Cordialmente,

William B. Gomes

Em 2020-01-26 18:00, Carlota Carvalhos escreveu:

Caríssimo Doutor

Venho pedir autorização para a utilização da escala EAI: Escala de Autorreflexão e Insight: Nova Medida de Autoconsciência Adaptada e Validada para Adultos Brasileiros: 20 itens, (Adaptação versão: DaSilveira, A.C., DeCastro, T.G. & Gomes, W.B. 2012) no meu estudo intitulado "STRESS E BURNOUT NOS MÉDICOS DE FAMÍLIA: AUTOCONHECIMENTO COMO ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO" nos médicos de medicina geral e familiar da zona centro de Portugal, no âmbito da minha tese de mestrado em Medicina Geral e Familiar pela faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Na preparação da dissertação tenho como Orientadora a Dra. Inês Rosendo e como Co-orientadora a Dra. Liliana Constantino, ambas docentes na FMUC.

Atenciosamente,

Carlota Carvalhos, aluna da FMUC

--

William Barbosa Gomes
gomesw@ufrgs.br

08/03/2020

E-mail – Carlota Carvalhos – Outlook

Re: Autorização Escala PSS 10 itens

Miguel Trigo <miguel.trigo70@gmail.com>

seg, 27/01/2020 20:52

Para: Carlota Carvalhos <carlota.carvalhos@hotmail.com>

Caríssima Dra. Carlota Carvalhos,

Obrigado pelo seu interesse e cuidado.

Relativamente ao **Estudo das propriedades psicométricas da *Perceived Stress Scale* (PSS) na população portuguesa** e respectiva versão portuguesa da Escala (PSS), temos o maior gosto em divulgar o estudo que realizámos e a versão que preparámos.

A utilização da PSS para fins de investigação está autorizada pelo autor original - Sheldon Cohen. Poderá consultar esta informação no *site* do autor: [<http://www.psy.cmu.edu/~scohen/scales.html>], onde se lê: "*Permissions: Permission for use of scales is not necessary when use is for nonprofit academic research or nonprofit educational purposes. For other uses, please contact the lab at commoncoldproject@andrew.cmu.edu for instructions*".

Como saberá, nesse mesmo *link* (ver acima) também terá acesso a muita informação relacionada com a referida Escala.

Fazemos votos de sucesso e bom trabalho.

Pelos autores, com o seu conhecimento e do autor original da Escala (em Bcc), enviamos os nossos melhores cumprimentos.

Miguel Trigo

Carlota Carvalhos <carlota.carvalhos@hotmail.com> escreveu no dia domingo, 26/01/2020 à(s) 19:59:

Caríssimo Doutor

Venho pedir autorização para a utilização da escala PSS 10 itens na versão portuguesa (2010) no meu estudo intitulado "STRESS E BURNOUT NOS MÉDICOS DE FAMÍLIA: AUTOCONHECIMENTO COMO ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO" nos médicos de medicina geral e familiar da zona centro de Portugal, no âmbito da minha tese de mestrado em Medicina Geral e Familiar pela faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Na preparação da dissertação tenho como Orientadora a Dra. Inês Rosendo e como Co-orientadora a Dra. Liliana Constantino, ambas docentes na FMUC.

Atenciosamente,
Carlota Carvalhos, aluna da FMUC

ANEXO III: CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Título do estudo: Stress e burnout nos médicos de família: auto-conhecimento como estratégia de prevenção.

Enquadramento: Ensaio clínico não farmacológico, randomizado e controlado, realizado através de questionários aplicados a dois grupos de uma amostra de conveniência de médicos de medicina geral e familiar, prévia e posteriormente ao curso de auto-conhecimento com recurso à ferramenta psicológica do eneagrama a e a um grupo controlo que não fará o curso até terminar o estudo, a decorrer na região centro. Feito no âmbito da tese de mestrado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra de Carlota de Moura Anjinho Marques dos Carvalhos, orientada pelas Dra. Inês Rosendo e Dra. Liliana Constantino.

Explicação do estudo: Serão selecionados os médicos de família que aceitem participar no estudo. Este estudo de investigação baseia-se num questionário que inclui várias escalas validadas para a população portuguesa: uma escala de avaliação da qualidade de vida (*EQ-VAS*), stress percebido (*Perceived Stress Scale - PSS*), burnout (*Maslach Burnout Inventory- MBI*), autorreflexão e insight (*Self-Reflection and Insight Scale - SRIS*). Serão também colhidos dados sócio-demográficos relativos ao género e idade dos médicos participantes e tipo de unidade onde trabalham. Serão aplicados os questionários em 3 tempos: antes e depois do curso e 6 meses depois de terminado o curso.

Realizar-se-á tratamento estatístico descritivo e inferencial dos dados, com relato de resultados obtidos. Posteriormente serão estabelecidas as conclusões possíveis tendo em conta os dados.

Condições e financiamento: Os participantes são responsáveis pelo pagamento das sessões do curso em que participarem, sem compensação de despesas de deslocação ou alimentação. A participação será voluntária e não haverá prejuízos em caso de não participação. Poderão abandonar o estudo em qualquer altura sem qualquer prejuízo, tendo apenas que realizar o pagamento das sessões que frequentaram.

Confidencialidade e anonimato: O estudo segue as normas da Comissão Nacional de Protecção de Dados, os dados serão recolhidos de forma anónima e a identificação dos participantes codificada nos mesmos.

O investigador: Inês Rosendo

contacto: inesrcs@gmail.com

Assinatura: Inês Rosendo

Data: 10 Janeiro 2020

Consentimento informado

Caro médico de medicina geral e familiar,

Este questionário tem como objetivo perceber se o auto-conhecimento e a sua ligação ao crescimento pessoal, estratégias de bem-estar e comunicação com os pacientes, constitui uma ferramenta útil e eficaz na gestão do stress e prevenção do burnout em médicos de família, no decorrer da sua actividade profissional.

Para isso, pedimos a sua colaboração no preenchimento do mesmo e garantimos que ninguém saberá quem respondeu, como respondeu ou o que respondeu. A sua participação é totalmente voluntária, sendo que pode interromper a realização do questionário se assim o desejar. No caso decidir interromper o estudo, terá que realizar o pagamento apenas dos cursos já frequentados.

Muito obrigada,
Carlota Carvalhos,
Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Declaro ter lido e compreendido este documento, que recebi a informação necessária, que estou esclarecido e que aceito participar voluntariamente no estudo.

Assinatura do participante: _____

Data: _____